ITEM 037 : INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

- En 2019 : **200-250 000 IVG/an** en France (198 000 en métropole), dont 6 % sur des mineures : **40 % des femmes (2/5)** auront une IVG dans leur vie, incidence stable depuis 2006, mais légèrement augmentée en 2019, plus haut niveau depuis 30 ans. 1 IVG pour 3 naissances.
- 15,6 IVG pour 1000 femmes de 15-49 ans. **Les plus concernées : 20-29 ans** (27,9 IVG/1000 femmes). Chez les moins de 20 ans : nombre d'IVG en décroissance, pas d'augmentation d'IVG chez les mineures.
- Disparités régionales : IDF, sud-est de la France et DROM : taux plus importants (et + élevé pour les < 18 ans dans les DROM).
- En 2018 : plus de la moitié des IVG < 9 SA, 5,3 % réalisées entre 12 et 14 SA. Si grossesse non-désirée = 60 % de choix d'IVG.
- ¼ des IVG (558 000) sont réalisées hors d'une structure hospitalière, augmentation IVG médicamenteuse (69 % en 2018).
- **Risque de décès** suite à une IVG semblable à celui d'une fausse couche spontanée (0,7/100 000).
- En moyenne **7 jours** (3-11j selon les régions) entre la 1° demande et la réalisation de l'IVG.
- **Causes d'IVG** : absence/mauvaise contraception, d'éducation sur le mode de prise, changement récent de contraception.
  ➔ 2/3 des femmes ayant recours à une IVG avaient une contraception.
- **FDR d'IVG itératives** : femme jeune, célibataire, difficultés socio-économiques (accès contraception, défaut d'information), contraception inadaptée.

- Législation :
. Avant 1975 : acte illégal passible de prison, avortements clandestins causant la mort de 250 femmes/an.
. 1972 : procès de Bobigny (avortement consécutif à un viol) remporté par l'avocate Gisèle Halimi.
. **Loi Weil** (**1975**) et **Pelletier** (1979) : dépénalisation de l'IVG jusqu'à 12 SA (Art L.2212-1 du Code de la SP), 1ers centres d'IVG.
. **Loi Roudy** (1982) : remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale.
. **Loi Aubry** (2001) : délai à 14 SA, entretien social facultatif pour les femmes majeures, IVG possible sans accord parental chez les mineures, IVG médicamenteuse possible hors établissement de santé.
. **Mars 2022** : IVG autorisée jusqu'à 16 SA.
. **Mars 2024** : liberté de recourir à l'IVG inscrite dans la Constitution (parmi les libertés fondamentales)
➔ Plus l'IVG est réalisée à un terme tardif, plus le risque de complication est élevé.

RÈGLEMENTATION

- Délai légal en France : **16 SA** (12 semaines de grossesses). IVG médicamenteuse possible jusqu'à **9 SA.**
- IVG hors établissements de santé jusqu'à **9 SA** (depuis 2020).
- **Patiente mineure non émancipée** : accompagnée d'au moins un parent ou de la personne majeure de son choix (pas de responsabilité civile/pénale ni autorité parental, mission d'accompagnement & de soutien psychologique).
- **Clause de conscience** : un médecin peut refuser de pratiquer une IVG (ou une sage-femme, infirmière ou auxilliaire), mais obligation d'assurer la continuité des soins.
- L'IVG doit être réalisée par un médecin en établissement hospitalier désigné par arrêté préfectoral, ou par un médecin libéral ou une sage-femme agréée ayant signé une convention avec un centre d'IVG pour les IVG médicamenteuses.
- Frais liés à l'IVG **remboursés à 100 %** par la CPAM, **avec tiers-payant**. Aucun dépassement d'honoraires possible.
- **Exception au parcours de soins coordonné** (pas d'obligation de consultation du médecin traitant). Libre accès à un gynéco/une sage-femme/à un médecin G < 9 SA, possible au centre de planification familiale/en établissement de santé.
- **Patientes étrangères** : ne nécessite plus de justificatif de résidence > 3 mois ou de régularité de séjour.
- **Déclaration anonyme obligatoire à l'ARS de toute IVG** (suivi épidémiologique et évaluation des pratiques).
- **Droit à l'anonymat :**
  . En cas d'hospitalisation, droit à l'anonymat sur les relevés de Sécu (quel que soit l'âge), pas d'avance de frais.
  . En ville : confidentialité préservée (aménagement des feuilles de soins/décomptes de remboursement), anonymat pour les mineures.
- Entrave à l'IVG : délit, étendu à la diffusion en ligne d'informations induisant à l'erreur sur les caractéristiques/ conséquences médicales de l'IVG

Structure d'accueil

- IVG hors établissement de santé jusqu'à 9 SA (médecin/SF libéral ou centre de planification familiale) : convention avec un établissement de santé.
- **Centre de santé** depuis 2016 : possibles IVG instrumentales sous AL (Cahier des charges HAS).
- **En établissement de santé** : structure avec **plateau technique chirurgical** si IVG réalisée **> 12 SA.**
  - Les établissements publics qui disposent de lits ou de places en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des IVG.
  - Délais rapides : RDV de consultation dans les **5 jours** suivant l'appel (IVG en HDJ ++).

PROCÉDURE LÉGALE

1re consultation médicale

- **Confirmation de la grossesse (hCG)** et de **l'âge gestationnel** par **DDR ± écho** (non indispensable).
- IVG possible selon echo si LCC < 90 mm et/ou BIP < 30 mm.
- Vérification du **groupe sanguin-Rhésus** ou détermination sur prélèvement sanguin + **RAI.**
- Information et choix entre les 2 méthodes d'IVG selon le choix de la patiente.
- Information et discussion sur la contraception ultérieure et les IST (± dépistage).
- Remise d'un **dossier guide d'information écrit** (information sur les 2 méthodes d'IVG), remis à jour au moins 1 fois/an (réalisation et diffusion par les ARS).
- Remise d'un **certificat initial de demande d'IVG** (même si refus du médecin de réaliser l'IVG).
➔ **Le délai de réflexion de 1 semaine n'est plus obligatoire** (2015), mais **nécessité de 2 consultations.**
1°consultation possible chez un praticien non-conventionné avec un centre d'IVG.

	Entretien social	= Entretien d'information, de soutien et d'écoute (avec le couple si possible) ; - **Systématiquement proposé,** mais **non obligatoire si patiente majeure** (avant et après l'IVG). - **Obligatoire pour les mineures** : remise d'une **attestation de consultation.**
	2e consultation	- Confirmation par écrit de la demande d'IVG par un **formulaire de consentement** (au moins 48 h après entretien de soutien si réalisé). - Information réitérée, DDG confirmée, programmation des suites de la PEC, contraception prescrite. - Si IVG médicamenteuse : prise orale de **mifépristone** en présence du médecin. - Si IVG chirurgicale : organisation d'une **consultation pré-anesthésique.**
	3e consultation = IVG	- **IVG chirurgicale** ou **médicamenteuse.** - **Prescription et début de contraception dès le lendemain de l'IVG.** ➝ La pose d'un DIU est possible directement en fin d'aspiration en cas d'IVG chirurgicale. - Si patiente Rh - : prévention de l'allo-immunisation par **Rophylac®** < 72 h (idéal au moment de l'IVG).
	4e consultation	= **A 2 à 3 semaines** : **conseillée**++ quelle que soit la méthode, **obligatoire si IVG médicamenteuse.** - Vérification de la vacuité utérine, de l'arrêt du saignement et de l'absence d'infection. - Vérification de la contraception, proposition d'entretien psychsocial, dépistage de violences.
	Documents légaux	- Pour toute IVG : . **Certificat de consultation initiale** ± **attestation d'entretien sociale** si mineure. . **Demande d'IVG** nominale et signée par la patiente. . **Autorisation parentale** ou **légale** pour les mineures. - IVG médicamenteuse ambulatoire : **fiche de liaison** avec l'établissement de santé référent. ➝ Documents conservés **1 an** par le médecin ou l'établissement de santé qui réalise l'IVG.
IVG MÉDICAMENTEUSE		➝ Autorisé légalement uniquement pour une grossesse **≤ 9 SA** (même si efficace après). - Avantage : non invasive, sans anesthésie, efficacité **> 95 %**, possible en ambulatoire à domicile **jusqu'à 9 SA** (HAS 2020) - La **méthode médicamenteuse est CI en cas de :** . Troubles de la coagulation, prise d'un traitement anticoagulant. . Anémie profonde (Hb < 9-10 g/dl). . DIU en place (à retirer si fils accessibles, ne contre-indique pas la méthode sinon). . Patiente isolée, incompréhension, voyage après procédure dans une zone sanitaire risquée, visite de contrôle impossible. - **Devant une GLI, ne pas retarder la prise des médicaments si :** . hCG < 1500 UI. . Absence de FdR de GEU. . Absence de symptomes de GEU. . Femme informée des signes de GEU, du risque de non diagnostic de GEU. . Surveillance possible avant et après la procédure par hCG (une baisse de moitié à J5 et de 80% à J7 signe le succès de la manœuvre).
	Médicaments	**Mifépristone** **Mifegyne® Miffee®**	= **Anti-progestérone** (affinité pour les récepteurs de progestérone 5 fois plus forte que la progestérone) : nécrose décidiuale entraînant un **détachement de l'œuf**, **contractions utérines** et **modifications cervicales.** - **CI** : asthme sévère déséquilibré, insuffisance surrénale chronique, porphyrie héréditaire, hypersensibilité à la substance active, corticothérapie au long cours : . À utiliser **avec prudence** si : insuffisance hépatique, malnutrition, insuffisance rénale. . Inefficace en cas de GEU (pas de récepteurs à la progestérone).
		Misoprostol **Gymiso®** **Misoone®**	= **Analogue de prostaglandine (PGE1)** : stimule la **contractilité utérine** et l'**expulsion de l'œuf.** - CI : allergie au misoprostol, aux PG, asthme/bronchite spasmodique, ATCD CV (angor, troubles du rythme, Raynaud, insuffisance cardiaque, HTA grave déséquilibrée). ➝ L'absence de saignement après la prise de prostaglandine doit faire craindre un échec.
	Réalisation	***Avant 7 SA*** ***CNGOF 2016***	- **J1** = **Mifépristone** = 200/600 mg *per os* en 1 prise. - **24-48 h après** = **Misoprostol** = 400 µg per os/sublingual.
		Entre 7 et 9 SA ***CNGOF 2016***	- **J1** = **Mifépristone** = 200 mg *per os* en 1 prise. - **24-48 h après** = **Misoprostol** = 800 µg (orale/sublinguale).
			- **Expulsion** (+métrorragies) le +souvent dans les 3-4 h après la prise de misoprostol (variable de quelques heures à quelques jours), efficacité si expulsion complète. - Prescription associée d'un **antalgique** et d'un **anti-émétique** : Ibuprofène (max 1.2 g/24 h) ± paracetamol. - Saignement : abondant 2-4 h, présent généralement pendant 10-15J mais peut aller jusqu'aux règles suivantes. - Consultation de contrôle à 2-3 semaines : s'assurer de l'expulsion complète de la grossesse. - Suivi par : hCG (diminution > 80 % à J15), échographie ou test urinaire. - En cas d'échec (**2-5%**) : **IVG chirurgicale** possible ou 800 µg de misoprostol par voie vaginale ± renouvelé à 24-48 h.

	Complications	- **Douleurs** (++1-3 h après prise de misoprostol) : Ibuprofène 1°intention (400-600/prise, max 1,2 g/j), sinon paracétamol+codéine (pas de pracétamol/spasfon seul !) - **Hémorragie importante** (1-5 %, transfusion 0,1 %), risque +important que pour l'IVG chirurgicale. - **Endométrite** (rare 0.3 %) (antibioprophylaxie pas recommandée pour IVG médicamenteuse). - **Persistance d'une grossesse évolutive (~ 1 %)**, avec **risque tératogène** des 2 médicaments. Possible échec partiel (avortement incomplet) : aspiration instrumentale/misoprostol per os. - **Malformation artérioveineuse utérine** (MAVU) : par persistance de tissu ovulaire : embolisation. ➔ Aucune augmentation du risque de **troubles psychiatriques** démontrée.
IVG CHIRURGICALE	➔ Possible quelque soit le terme – seule technique utilisable de 9 à 16 SA selon HAS : 1-5 échecs complets/1000 IVG. - Réalisée sous AL/ALR ou sous AG : choix selon la patiente (anesthésie locale paracervicale ++ / intracervicale). - **Pas de contre-indication absolue.** - **Dépistage** Chlamydia/gonocoque par PCR recommandé (antibiothérapie si positif), **+/- Antibioprophylaxie**. . **Âge > 25 ans : Métronidazole.** . Âge < 25 ans ou à risque d'IST/PCR+ : **doxycycline** ou **azithromycine si intolérance** /Ceftri DU si gonocoque. ➔ L'IVG chirurgicale n'est pas associée à une augmentation du risque d'infertilité ultérieure et de GEU.	
	Réalisation	- Consultation pré-anesthésique avant le geste. - AINS per-opératoire : 600 mg d'ibuprofène. - **Préparation cervicale médicamenteuse** : • Misoprostol (400 µg) sublingual/vaginal 1-3 h avant le geste (peut être remplacé par mifepristone). • +/- combiné à une prise Miféprostone (200 mg) per os 24-48 h avant (si 12-16 SA). - Dilatation à l'aide de bougies de calibre croissant, adaptée à l'âge gestationnel. - **Aspiration endo-utérine ± curetage doux ± pince à préhension ± perfusion d'ocytocique.** - **Examen macroscopique** du produit d'aspiration ± **anatomo-pathologique** si anomalie suspectée. - **Contrôle échographique per-opératoire** si l'aspiration paraît incomplète (non recommandé de manière systématique).
	Complications immédiates	- **Accident lié à l'anesthésie locale ou générale.** - **Perforation utérine** (1-4 pour 1000) : risque de **perforation intestinale** (imposant une coelioscopie), **d'infection pelvienne**, de **péritonite** ou **d'hémopéritoine.** - **Hématométrie** : accumulation intra-utérine de sang. - **Malaise vagal** (lors de la dilatation cervicale). - **Déchirure du col** (0,2-1%, bénigne).
	Complications précoces	- **Hémorragie (**0.5-**1%)** (rétention intra-utérine partielle) pouvant nécessiter une transfusion (0,1 %). - Infection : **endométrite** (1%), **salpingite**, **pelvipéritonite**, **septicémie** : attention++ Strepto A !! - **Complication thrombo-embolique** sur terrain à risque. - **Rétention de débris trophoblastique** : métrorragie abondante, utérus non involué, image hyperéchogène à l'échographie ➔ nécessite une **aspiration + curetage secondaire ou exérèse sous contrôle hystéroscopique.**
	Complications tardives	**Pas d'augmentation** (quel que soit le mode d'IVG) **du risque de :** . Infertilité ultérieure. . Fausse couche spontanée, sauf si intervalle entre l'IVG et la grossesse est < 3 mois. . GEU. . Anomalies de placentation. . Accouchement prématuré. . Cancer du sein. . Augmentation des troubles psychiatriques**.** . Adénomyome. **Complications secondaires** (IVG chir ou médicale) : **MAVU** (malformations artérioveineuses utérines) => embolisation par radiologie interventionnelle. - **Synéchies** possibles après une IVG chirurgicale.
CONTRACEPTION	- Selon l'efficacité, les EI/CI, les contraintes, le coût, les souhaits de la patiente, l'échec de la précédente contraception. **- À proposer** à toute patiente, information++. - Information sur la stérilisation tubaire définitive selon l'âge de la patiente. **- Si FDR d'IVG itératives** : préférer une contraception à longue durée d'action (DIU, implant).	
	En cas d'IVG médicamenteuse	- **Contraception orale, patch** le jour de la prise du misoprostol. - **Implant** : dès la prise de mifépristone. - **Anneau vaginal** dans la semaine. - **DIU** dans les 10 jours suivants (consultation de contrôle), après échographie (vacuité utérine).
	En cas d'IVG chirurgicale	- **Contraception orale, patch** ou **implant** le jour même. - **Anneau vaginal** dans les 5 jours. - **DIU** le jour même.